



شماره تلفن	اداره محلی
تاریخ	شماره پرونده

اظهاریه اطلاعات تكمیلی/STATEMENT OF COLLATERAL INFORMATION

قسمت ۱

دormord:

اداره رفاه اجتماعی و درمانی در حال تعیین واحد شرایطی شخص ذکر شده در بالا میباشد. ما از شما در عرضه اطلاعات درخواستی در قسمت ۲ این فرم سپاسگزاریم.

متخصص خدمات مالی

قسمت ۲

من اجازه میدهم که _____ (شخص یا اداره) که بستگیشان به من میباشد (دکتر، _____ اداره رفاه اجتماعی و درمانی عرضه کنند.
همسایه، اقوام، غیره) اطلاعات زیر را به

تاریخ امضای متقاضی یا دریافت کننده

قسمت ۳

به شخصی که این اطلاعات را عرضه میکند فقط اطلاعاتی که شما میدانید صحیح میباشد را بدھید. به اطلاعاتی که شما نمیتوانید بدھید بنویسید مشخص نمیباشد. فرم را امضا کنید و تاریخ بنویسید و آدرس و شماره تلفتان را بهید. اگر جای بیشتری برای نوشتن لازم دارید صفحه ضمیمه کنید.

تاریخ امضا

شماره تلفن آدرس